

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE	PATIENT
Date de la prescription : _ _ _ _ _ _ _ _	Nom : _____ Prénom : _____
☐ Initiation d'une perfusion à domicile ☐ Renouvellement ou modification	Date de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _ Poids (en Kg) : _ _ _ _ _ N° d'assuré : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Soins en rapport avec une ALD

IDENTITÉ DU PRESCRIPTEUR		STRUCTURE D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR (cabinet, éts ou centre de santé)	
Nom : _____		Raison sociale : _____	
Prénom : _____		Adresse : _____	
Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_____	
Identifiant RPPS * : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (voir notice)		N° Finess*géographique : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ N° AM : _ _ _ _ * _ _ _ _ _ _ _ _	
*(répertoire partagé des professionnels de santé)		**(fichier national des établissements Sanitaires et Sociaux) *** (numéroassurance maladie du prescripteur)	

DESTINATAIRES et/ou OBJET	PATIENT	VILLE			HÔPITAL (HAD)
	☐ 1	☐ 2.1 Produit(s) à perfuser: Pharmacien d'officine ou hospitalier	☐ 2.2 Prestation(s) et dispositifs médicaux : Prestataire ou Pharmacien d'officine	☐ 2.3 Copie pour information: Infirmier libéral en charge des soins	☐ 3 Hospitalisation à domicile (HAD)

- | | | | | | |
|-------------------------|--|---|--------------------------------|---|---|
| PRODUIT À PERFUSER n° 1 | Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, ... :
(un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD). | | | Voie d'abord
Veineuse centrale (VC) : <ul style="list-style-type: none"> ☐ chambre implantable ☐ cathéter central ☐ cathéter central à insertion périphérique ☐ Péri-nerveuse ☐ Veineuse périphérique ☐ Sous-cutanée | Mode d'administration
Gravité <ul style="list-style-type: none"> ☐ Diffuseur ☐ Système actif électrique <ul style="list-style-type: none"> ☐ ambulatoire ☐ fixe |
| | Durée d'administration d'une perfusion : (_____ heure(s) et _____ minutes | | | ☐ Entretien intercure : <ul style="list-style-type: none"> ☐ VCSauf PICCLINE ☐ cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE) | ☐ Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en Été de transfusion sanguine) |
| | Nombre total de perfusions : _____ | Fréquence de la _____ jour
_____ semaine
ou des perfusions : _____ par _____ mois | | | |
| | Date de début de la cure :
 _ _ . _ _ . _ _ _ _ | Date de fin de la cure : _____ ou _____
 _ _ . _ _ . _ _ _ _ | Durée de la cure : _____ jours | Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case : | |

PRODUIT À PERFUSER n° 2		Est défini ci-dessous la cure d'un autre produit à perfuser, ou le nouveau cycle de cure d'un produit déjà renseigné :		Voie d'abord	Mode d'administration
Dénomination du produit-dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, ... : (unmédicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à l'liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).		Durée d'administration d'une perfusion : (_____ heure(s) et _____ minutes		☐ Veineuse centrale (VC): ☐ chambre implantable ☐ cathéter central ☐ cathéter central à insertion périphérique ☐ Péri-nerveuse ☐ Veineuse périphérique ☐ Sous-cutanée	☐ Gravity ☐ Système actif électrique ☐ ambulatoire ☐ fixe En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case : _____
Nombre total de perfusions : _____	Fréquence de la _____ jour _____ semaine ou des perfusions : _____ par... _____ mois	☐ Entretien intercure : VC sauf PICC LINE cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)		Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en fts de transfusion sanguine)	
Date de début de la cure : _ _ . _ _ . _ _ _ _	Date de fin de la cure : _____ ou Durée de la cure : _____ jours _ _ . _ _ . _ _ _ _			Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case : _____	

COMMENTAIRE PRESCRIPTEUR	AUTRE CURE(S) de PERFOU NPAD
	A la connaissance du prescripteur, le patient a-t-il bénéficié « en ville » d'une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile (NPAD) dans les 26 dernières semaines ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, si la (ou les) présente(s) perfusion(s) s'opère(-nt) « en ville », un forfait dit de seconde installation pourra être pris en charge dans la limite d'un forfait de seconde installation par forfait de première installation, sauf proximité immédiate de l'installation antérieure.
	Le patient a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, si la (ou les) présente(s) perfusion(s) s'opère(-nt) « en ville », le forfait d'accessoires et de consommables prendra en compte l'ensemble des perfusions réalisées en fonction du mode d'administration.

SIGNATURE :

NOTICE DU FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PERFUSION À DOMICILE (VILLE OU HÔPITAL)

Identification du prescripteur et de sa structure d'exercice (cabinet, établissement de santé, centre de santé, ...) :

- Concernant le pavé « identité du prescripteur » : renseigner le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ;
- Concernant sa structure d'exercice :
 - o si la prescription émane d'un médecin salarié d'un établissement de santé ou d'un centre de santé : saisissez le numéro FINESS (<http://finess.sante.gouv.fr>) de l'établissement ;
 - o si la prescription émane d'un prescripteur exerçant à titre libéral: saisissez le numéro d'Assurance Maladie du médecin libéral mentionné sur l'ordonnance.

Destinataires et/ou objets : Le formulaire de prescription de la perfusion à domicile (ville ou hospitalisation à domicile (HAD)) est à éditer en un certain nombre d'exemplaires selon qu'il concerne une prestation réalisée « en ville » ou par l'HAD (un patient qui nécessite des soins complexes et multidisciplinaires relève exclusivement de l'HAD).

- Pour une perfusion « en ville », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant :
 - o le patient ;
 - o les acteurs concourant à la prestation en ville :
 - le pharmacien d'officine ou hospitalier pour les produit(s) à perfuser ;
 - le prestataire ou le pharmacien d'officine pour les prestation(s) et dispositifs médicaux ;
 - l'infirmier libéral en charge de la ou des perfusion(s) pour son information ;
- Si la perfusion s'opère dans le cadre de l'HAD, 2 exemplaires sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant :
 - o le patient ;
 - o l'HAD.

Si le traitement comprend un nombre de cures de produit(s) à perfuser ou de cycles de cure de produits à perfuser supérieur à 2, un ou d'autres formulaires de prescription sont renseignés.

Cure de produit :

Dans chaque encart « produit » du formulaire n'est prescrit qu'un seul médicament ou soluté ; toutefois, les produits qui lui sont associés (électrolytes, vitamines...) dans un même contenant (poche, flacon...), doivent également y être indiqués.

Un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste prévue à l'article L 5126-4 du code de la santé publique, ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'un établissement d'hospitalisation à domicile.

- Dénomination, dosage et posologie
En cas d'administration intermittente, la posologie doit correspondre à la dose administrée lors de chaque injection, sauf mention contraire.
En cas d'administration continue par système actif électrique, la concentration du produit, le dosage et le débit (en mL/h ou mg/h) sont définis.
- Durée d'administration
En cas de perfusion intermittente, la durée d'administration du traitement doit être renseignée en minutes ou en heures.
En cas de perfusion continue, la mention « en continu » est renseignée.
- Solvant
Si le produit est un soluté (NaCl 0,9% ou G5%) ou si aucun solvant n'est nécessaire, cette information n'est pas requise.
En dehors de ces cas, la nature du solvant compatible avec le traitement doit être indiquée de même que le volume de dilution.
Dans le cas d'une seringue ou d'un diffuseur, l'acronyme Q.S.P. (quantité suffisante pour) peut être utilisé afin d'ajuster la concentration.
- Durée du traitement
La date de début de la cure est la date du premier jour de la première administration du traitement à domicile.
La date de fin de la cure doit être indiquée ou, à défaut, la durée du traitement.

Voies d'abord :

Ne cocher qu'une seule case parmi les 4 propositions suivantes : veineuse centrale, veineuse périphérique, sous-cutanée et péri-nerveuse. Seuls les traitements administrés par la voie désignée sont prescrits sur ce formulaire.

Lorsque la voie d'abord est veineuse centrale :

- il doit être précisé s'il s'agit d'une chambre implantable d'un cathéter central ou d'un cathéter central à insertion périphérique « Picc Line ».
- en cas de perfusion par voie centrale réalisée sur plusieurs cycles de cures, si la voie implantée n'est pas mobilisée pendant au moins 7 jours durant ou à la suite de la cure décrite, un des forfaits d'entretien de cette voie centrale peut être pris en charge. Cochez la case dédiée en indiquant si cela concerne ou non un « Picc Line ».

Mode d'administration

Un seul mode d'administration doit être choisi. Dans la mesure du possible, lorsque plusieurs modes d'administration peuvent convenir pour la perfusion d'un produit, le prescripteur choisit la perfusion par gravité avant le diffuseur ou le système actif électrique, et le diffuseur avant le système actif électrique; ce choix doit tenir compte de l'impact qu'aurait le mode d'administration au patient sur sa mobilité ou son autonomie.

Une perfusion par diffuseur doit avoir une durée supérieure ou égale à 30 minutes. D'une manière générale une perfusion par système actif électrique doit avoir une durée supérieure ou égale à 60 minutes, à l'exception de cas particuliers, justifiés par la nature des produits à perfuser, la nécessité d'un débit spécifique ou une succession de perfusions. Dans l'hypothèse où il serait dérogé à cette durée minimale de 60 minutes pour une perfusion par système actif électrique, le médecin prescripteur en avertit, par courrier justificatif, le médecin conseil de l'assurance maladie.

Lorsque le traitement est administré par système actif électrique, précisez son caractère « fixe » ou « ambulatoire ».

Lorsque le traitement, administré par diffuseur ou système actif électrique, est préparé et rempli en établissement de santé, la case prévue à cet effet doit être cochée.

Médicament à perfuser seul

Pour une voie d'abord donnée, si le prescripteur juge qu'un médicament doit être perfusé seul en raison d'un risque d'interaction ou de l'incompatibilité avec un autre des produits perfusés sur cette voie, la case correspondante doit être cochée. Dans ce cas et sauf exception, un schéma thérapeutique doit être établi et mis à disposition de l'infirmier en charge des soins.

Commentaires

Aucun traitement ne doit être prescrit dans cette partie. Si plus de deux traitements sont prescrits pour une voie d'abord, un autre formulaire doit être utilisé.

~~Lorsqu'il le juge nécessaire, le prescripteur pourra compléter~~ la prescription en précisant les matériels indispensables pour garantir la sécurité de l'administration des produits.

Lorsqu'un produit doit être perfusé seul ou si la multiplicité des traitements le rend nécessaire, un schéma thérapeutique précisant les horaires de début d'administration, ou de renouvellement de dispositif en cas d'administration continue, peut être réalisé dans cette case.